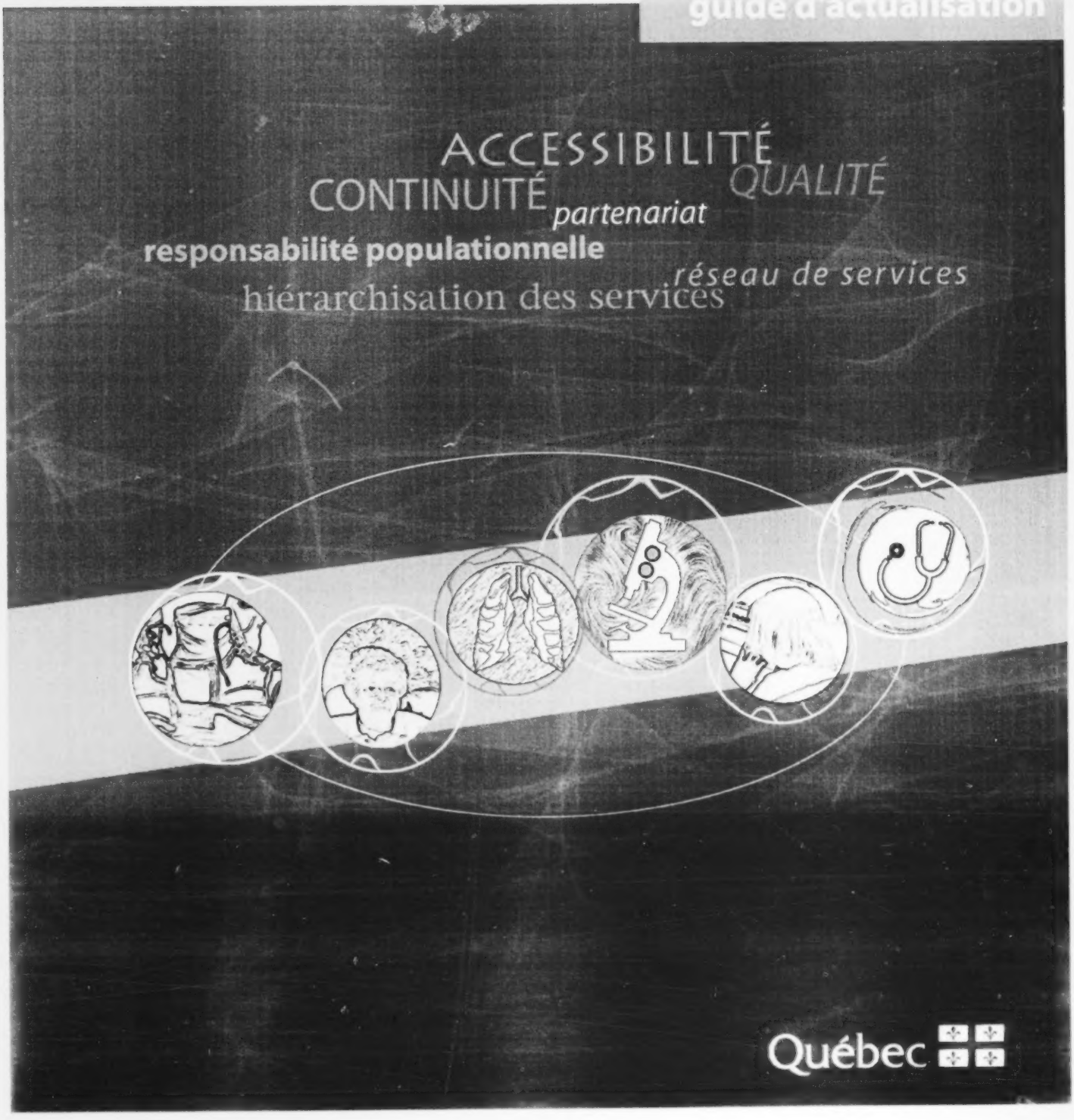
# PROJET CLINIQUE

guide d'actualisation




Québec

# PROJET CLINIQUE

# GUIDE D'ACTUALISATION

**Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux de la Capitale nationale**

**16 MARS 2005**

106-05134/

Édition produite par :
***Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale***
Direction de la planification, de la gestion du changement et des ressources humaines

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, en autant que la source soit mentionnée.

Pour obtenir copie(s) de ce document, s'adresser au :

Centre de documentation
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de la Capitale nationale
555, boulevard Wilfrid-Hamel Est
Québec (Québec) G1M 3X7

Téléphone : (418) 525-1500, poste 250
Courrier électronique : cecile.ugeux@ssss.gouv.qc.ca

Le présent document peut être consulté à la section « Documentation » du site Internet de l'Agence à l'adresse : www.rrsss03.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2005
Bibliothèque nationale du Canada, 2005
**ISBN : 2-921332-98-1**

## TABLE DES MATIÈRES


PAGE

1. INTRODUCTION ET CONTEXTE ..... 1

2. LE RÉSEAU LOCAL ET SES PARTENAIRES ..... 2

3. LES VALEURS ..... 4

4. LES PRINCIPES DIRECTEURS ..... 6

5. LE PROJET CLINIQUE ..... 7

5.1 Définition ..... 7
5.2 Objectifs du projet clinique ..... 8

5.2.1 L'accessibilité ..... 8
5.2.2 La continuité ..... 10
5.2.3 La qualité ..... 10

6. LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS ..... 11

6.1 Le centre de santé et de services sociaux ..... 11
6.2 Les partenaires locaux ..... 11
6.3 Les établissements régionaux ..... 11
6.4 L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale ..... 11
6.5 Le ministère de la Santé et des Services sociaux ..... 12

7. LES ÉTAPES DE RÉALISATION ..... 13

7.1 Étape 1 – État de situation actuel ..... 15

7.1.1 La définition des caractéristiques et des besoins de la population ..... 15
7.1.2 Le profil populationnel ..... 15
7.1.3 L'état de santé de la population ..... 16
7.1.4 La consommation des services ..... 16
7.1.5 Les ressources disponibles ..... 17

7.2 Étape 2 – Cible ..... 17

7.2.1 Les orientations du Ministère et priorités de l'Agence ..... 17
7.2.2 Les approches et les modèles ..... 18
7.2.3 La gamme de services ..... 18

7.3 Étape 3 – Diagnostic et analyse des écarts ..... 18

7.3.1 Au plan de l'accessibilité ..... 18
7.3.2 Au plan de la continuité ..... 19

7.4 Étape 4 – Désignation des cibles prioritaires ..... 19

7.5 Étape 5 – Plan d'action ..... 19

7.6 Étape 6 – Mise en œuvre ..... 20

7.7 Étape 7 – Évaluation ..... 20

7.7.1 L'évaluation du processus ..... 20
7.7.2 L'évaluation des résultats ..... 20

8. LES ENTENTES RELATIVES AUX PROJETS CLINIQUES ..... 21

8.1 L'entente de partenariat ..... 21
8.2 L'entente cadre ..... 21
8.3 L'entente de service ..... 22

9. LA STRUCTURE DE GESTION ET DE SUIVI DU PROJET CLINIQUE ..... 23

9.1 La structure de projet à l'Agence ..... 23
9.2 La structure locale de projet ..... 24
9.3 La communication et le suivi des projets cliniques ..... 25

10. CONCLUSION ..... 26

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... 27

Liste des figures

Figure 1 : Le concept du réseau local ..... 3
Figure 2 : Les axes du rêve et de la réalité ..... 4
Figure 3 : Le processus de gestion ..... 14
Figure 4 : La structure de projet à l'Agence ..... 23

# 1. INTRODUCTION ET CONTEXTE

L'adoption de la Loi 25, dite « Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux », marque le point de départ d'une transformation majeure dans l'organisation du réseau de services.

Le but de cette loi est de rapprocher les services de la population et de faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de services de santé et de services sociaux. Le projet de loi 83, quant à lui, vient réaffirmer les responsabilités du centre de santé et de services sociaux (CSSS) en ce qui a trait au projet clinique.

La structuration des réseaux locaux constitue une étape charnière qui permettra d'instaurer une dynamique d'intégration de services et de partenariat. Au printemps 2004, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale soumettait au ministre de la Santé et des Services sociaux sa proposition du modèle d'organisation qui préconise la création de quatre réseaux locaux de services de santé et de services sociaux sur le territoire de la Capitale nationale.

Cette proposition fut acceptée par le ministre qui conviait du même coup le réseau entier à poursuivre les travaux pour atteindre les objectifs en ce qui a trait à l'accessibilité, à la continuité et à la qualité des services.

De par les responsabilités qui lui sont dévolues, les CSSS devront élaborer et mettre en place un projet clinique. Ces projets cliniques couvriront l'ensemble des besoins de la population desservie sur chacun des territoires locaux.

Le présent document se veut un guide pour les CSSS qui sont les maîtres d'œuvre dans cette démarche.

La première partie du document présente la structure du réseau local et ses composantes. Par la suite, ce sont les valeurs à la base de la planification d'un réseau de services intégrés qui sont exposées. Les chapitres 4, 5 et 6 abordent, de façon plus spécifique, le projet clinique : les principes directeurs, la définition, les objectifs visés ainsi que les responsabilités respectives des participants des différents niveaux (local, régional, provincial).

Suit une méthodologie en sept étapes, qui permet de structurer la démarche et de standardiser d'un territoire à l'autre la forme que prendra chacun des projets cliniques. Le chapitre 8 décrit les ententes qui se formaliseront au cours du processus du projet clinique.

Enfin, le dernier chapitre traite de la structure de gestion et de suivi à établir pour procéder à l'actualisation des projets cliniques.

## 2. LE RÉSEAU LOCAL ET SES PARTENAIRES

Le réseau local (voir figure 1) est formé par l'instance locale responsable de la santé et du bien-être de la population d'un territoire (le CSSS) ainsi que par ses partenaires sectoriels et intersectoriels. Les partenaires, nommément désignés au sein du réseau local, ont un statut autonome. Dédiés au territoire concerné, ils œuvrent majoritairement dans le secteur de la santé et des services sociaux. Les autres collaborateurs, bien qu'ils amènent une contribution parfois très significative au continuum de services, ne seront pas partie prenante de l'entente de partenariat à convenir localement.

Les projets cliniques constituent un objet de partenariat hors du commun puisqu'ils supposent l'implication des professionnels, des médecins de famille, des gestionnaires et des représentants de groupes communautaires autour d'un centre d'intérêt partagé : la santé et le bien-être des personnes. Tous reconnaissent la nécessité d'accroître le partenariat entre les acteurs pour mettre en place un réel réseau de services intégrés.

Le partenariat vise essentiellement à établir une complémentarité entre les acteurs et à créer une synergie au plan de leurs interventions. Le défi consiste à mettre en œuvre une dynamique de coopération où les actions individuelles de chaque partenaire ont une portée sur celles des autres acteurs. Il y a là un changement culturel qui incite à sortir de la logique institutionnelle pour aborder une logique de réseau de services.

Il existe déjà des relations de partenariat dans le milieu, mais il est essentiel de les étendre à tout le système. Dans le contexte de la mise en place des réseaux locaux, nous proposons de bâtir les relations sur la base de quatre valeurs, soit :

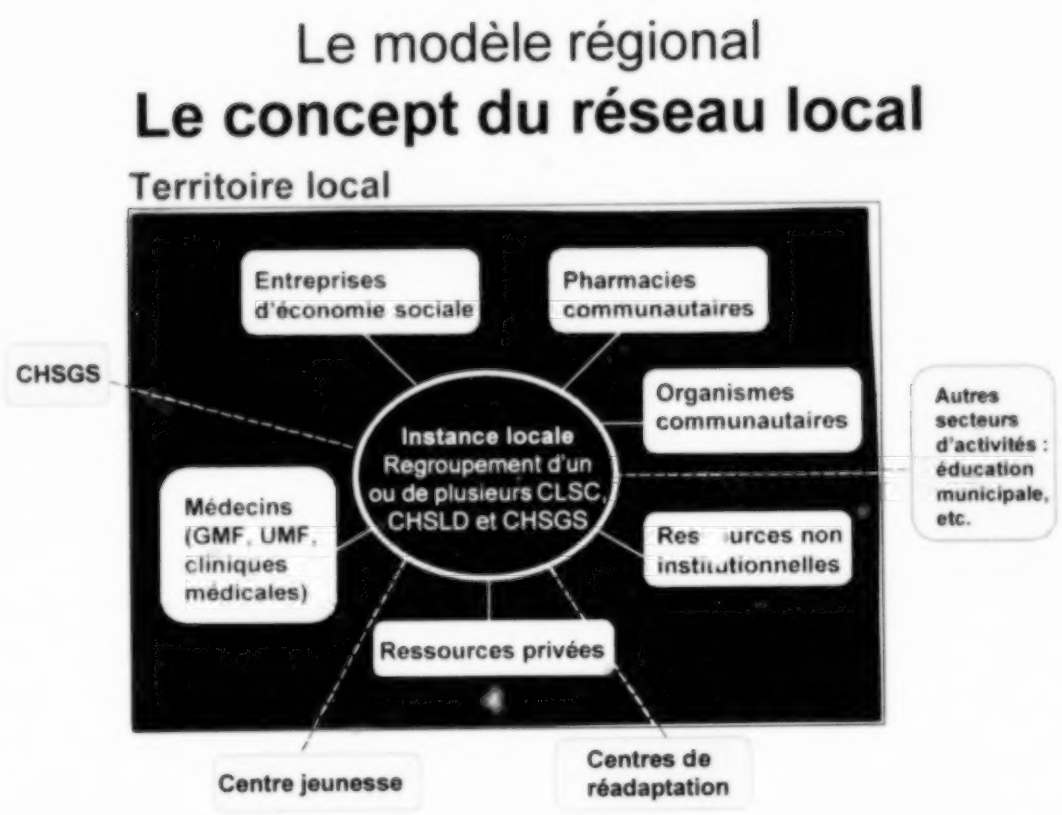
- le respect;
- la compréhension mutuelle;
- la confiance;
- la coopération.

Avoir du respect, c'est reconnaître l'expertise de l'autre comme les particularités de ses approches professionnelles et de sa culture organisationnelle. Pour créer de nouveaux modes de consultation adaptés aux réalités de chacun, il est essentiel d'apprendre à mieux se connaître et de comprendre tout le potentiel de l'intervention d'un partenaire de même que ses limites. Par ailleurs, le partenariat ne peut se développer sans relation de confiance, et cette confiance touche d'abord le respect de ses engagements. Finalement, la coopération souligne la détermination de chacun des acteurs à intégrer son intervention à celles d'un groupe de partenaires qui partagent le même but : améliorer la santé et le bien-être de la population du territoire. Tous sont donc invités à envisager les interventions dans le cadre du continuum de services à une clientèle. La continuité devient ainsi un critère de qualité incontournable de la pratique professionnelle pour tous les acteurs du réseau local.

L'atteinte des objectifs passe par la collaboration des établissements régionaux, puisque la complexité des problématiques de santé et de questions sociales commandent des actions concertées et intégrées, et ce, à divers niveaux : première, deuxième et troisième lignes.

Le CSSS et ses collaborateurs régionaux doivent donc procéder, par le biais d'ententes de service, à des transactions qui permettront d'assurer une gamme complète de services sans rupture, avec une fluidité dans les modes de collaboration.

## Figure 1[1]




[1] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *L'intégration des services de santé et des services sociaux*. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, février 2004.

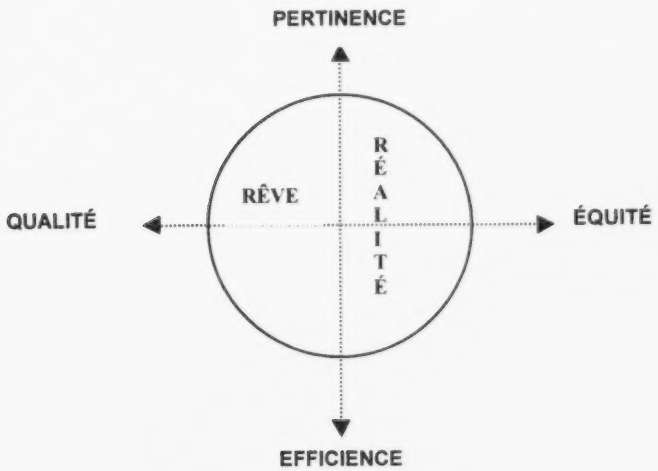
## Figure 1[1]

[1] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *L'intégration des services de santé et des services sociaux*. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, février 2004.

## 3. LES VALEURS

L'organisation mondiale de la santé (OMS) soumet quatre valeurs aux partenaires d'un territoire qui désirent bâtir un réel réseau de services intégrés, basé sur les besoins de santé et de bien-être de leur population. Ces valeurs sont réparties entre l'axe du rêve et celui de la réalité, comme l'illustre la figure 2. Aux extrémités de l'axe du rêve, on trouve les deux valeurs fondamentales que sont la qualité et l'équité. Par qualité on entend la satisfaction des individus quant aux services qu'ils reçoivent; cette satisfaction peut porter sur l'accessibilité du service, sa proximité, sa continuité et sa cohérence avec les autres services utilisés. La notion de qualité a également pour objet les normes et standards des professionnels d'une discipline donnée. Elle fait appel aux meilleures pratiques appuyées par des données probantes, incitant chacun à déployer, sur une base individuelle, efforts et ressources en vue de la satisfaction des besoins des personnes.

### Figure 2 – Les axes du rêve et de la réalité[2]




À l'autre extrémité de l'axe du rêve se trouve la valeur équité. Celle-ci soulève la question de l'accès à la santé et au bien-être pour tous, sans considération des caractéristiques socio-économiques. Elle souligne la dimension collective de la satisfaction des besoins. La qualité et l'équité créent une certaine tension sur l'axe du rêve, puisque d'une part, nous désirons offrir le meilleur service et la meilleure technologie à chaque personne traitée et, d'autre part, nos ressources limitées nous empêchent d'assurer cette qualité à l'ensemble de la population.

[2] BOELEN, Charles. *Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé*. Organisation mondiale de la santé (OMS), Genève, 2002.

Afin d'atteindre un certain équilibre entre la qualité et l'équité, l'axe de la réalité présente deux valeurs, soit la pertinence et l'efficience. La pertinence met en jeu notre capacité d'établir des priorités pour les mesures qui auront le plus d'impact sur la santé et le bien-être de la population. Le défi consiste à cibler les problèmes prioritaires et à agir auprès des groupes vulnérables ou présentant plusieurs facteurs de risque. Quant à l'efficience, elle fait appel à la meilleure utilisation des ressources disponibles pour offrir les services à la clientèle. Le développement des pratiques professionnelles, basé sur les données scientifiques, ouvre la porte à des modifications du rôle et des responsabilités professionnelles pour les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

Selon l'OMS, ces quatre valeurs apparaissant sur les axes du rêve et de la réalité constituent une boussole qui peut servir de guide dans l'évolution d'un système de santé.

## 4. LES PRINCIPES DIRECTEURS

L'actualisation du projet clinique repose sur deux grands principes qui influeront de façon majeure sur la conceptualisation du modèle d'organisation de services. Il s'agit de :

- la responsabilité populationnelle;
- la hiérarchisation des services.

Pour exposer ces deux concepts, nous retenons les définitions proposées par le Ministère dans son cadre de référence[3]

> *« **La responsabilité populationnelle** signifie que les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local » sont « amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la compose [sic] ».*

> *« **Le principe de hiérarchisation** implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les intervenants. Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne mais également les références entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de troisième ligne. Une meilleure accessibilité sera assurée par les ententes et corridors de services établis entre les dispensateurs. Cela implique la mise en place de mécanismes bidirectionnels assurant la référence mais aussi la planification du retour de la personne dans son milieu de vie. Le centre de santé et de services sociaux a donc l'obligation de référer les personnes aux services requis et de rediriger celles-ci à un autre endroit pour qu'elles obtiennent réponse à leurs besoins lorsque le service n'est pas disponible en respectant les droits de personnes, les normes éthiques et les standards de pertinence et d'accès reconnus ».*

[3] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, document principal, octobre 2004.

# 5. LE PROJET CLINIQUE

La question de la définition du projet clinique trouve, depuis quelques mois, plusieurs interprétations. Il est donc important de statuer sur cette définition, puisque les étapes qui en découleront en seront tributaires.

## 5.1 Définition

Le ministère de la Santé et des Services sociaux conçoit le projet clinique comme une démarche, ce qui donne un sens dynamique et évolutif à ce concept. Plus précisément, il définit le projet clinique comme[3] :

> *« une **démarche** qui vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la **population** du territoire à partir de divers **modes de prestation** de services **adaptés** aux réalités locales, **articulés** entre eux et qui **englobent** l'ensemble des interventions relatives à la promotion-prévention de la santé et du bien-être, le diagnostic, les interventions ou les traitements, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la réadaptation et le soutien en fin de vie. Il tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels et du potentiel de **contribution** des divers acteurs. Il suppose que les divers interlocuteurs se rendent **imputables** des services qu'ils offrent aux individus et à la population et des ressources mises à leur disposition ».*

Au terme de la démarche, chaque réseau local devrait avoir :[3]

- *« la vision locale, en fonction d'une connaissance de l'état de santé et du bien-être, des besoins sociosanitaires et des particularités de la population dont, entre autres, les particularités socioculturelles et linguistiques;*
- *l'offre de service requise;*
- *les modes d'organisation et les contributions convenues avec les différents partenaires ».*

Chacun des projets cliniques s'inscrit dans un continuum et interpelle les acteurs selon les besoins en présence et le niveau d'intervention requis (première ligne, deuxième ligne, troisième ligne).

Ce programme implique un processus rigoureux, que nous détaillerons plus loin, ainsi qu'une bonne structure en appui qui facilitera les modes de communication et de collaboration pour l'ensemble des partenaires et des autres collaborateurs. Dans un tel contexte, la structure de gestion de projet apparaît comme un moyen facilitant.

En effet, comme nous le verrons de façon plus explicite dans le dernier chapitre du présent rapport, le modèle de gestion de projet permet non seulement de bien définir les rôles respectifs des acteurs mais aussi de suivre le processus de manière formelle et structurée.

## 5.2 Objectifs du projet clinique

La finalité de la démarche à laquelle est convié chacun des réseaux locaux est « l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ». Ce processus passe d'abord par l'atteinte des objectifs pour lesquels il faudra définir des indicateurs mesurables et observables. Le Ministère fait état de huit objectifs, soit[3] :

- l'accessibilité;
- la continuité;
- la globalité;
- la qualité;
- la satisfaction;
- l'équité;
- l'efficience;
- le contrôle des coûts.

Il précise toutefois que trois de ces objectifs contribuent de façon plus significative à atteindre la finalité. Ce sont[3] :

- l'accessibilité;
- la continuité;
- la qualité.

### 5.2.1 L'accessibilité

Le concept d'accessibilité renvoie à plusieurs dimensions et chacune d'entre elles doit être prise en compte dans l'analyse des besoins de la population à desservir.

En fait, dans son cadre de référence[3], le Ministère traite des dimensions suivantes :

- l'accessibilité géographique et la proximité;
- la disponibilité de la gamme de services;
- l'accessibilité temporelle;
- la porte d'entrée dans le système;
- la réduction des inégalités et la capacité d'adaptation des services aux clientèles particulières;
- l'acceptabilité des communautés culturelles et linguistiques.

Accessibilité géographique et proximité

Par accessibilité géographique on entend le lieu où le service est offert. La restructuration du réseau vise prioritairement à assurer la disponibilité des services le plus près possible de la population du territoire. Cela implique que l'on offre localement une large gamme de services de première ligne mais également des services spécialisés déconcentrés lorsque cela est possible et pertinent.

Disponibilité de la gamme de services

Conformément à cette notion, le service réussit à répondre à la demande de la population du territoire et les ressources afférentes sont également présentes.

Accessibilité temporelle

Cette dimension vise à la fois les délais d'accès et les horaires pendant lesquels les services sont accessibles. Certaines normes permettent de guider la détermination des objectifs (ex. : délai d'accès pour la ligne Info-Santé ou encore pour certaines interventions chirurgicales).

Porte d'entrée dans le système

Les portes d'entrée dans le système de santé pour les clientèles à desservir sont souvent multiples, informelles ou encore mal connues. Il importe donc de faire la lumière sur cette notion de « porte d'entrée », et ce, pour chacune des clientèles priorisées dans la démarche du projet clinique.

Il est stipulé également par le Ministère que l'instauration d'un guichet unique demeure la voie à privilégier pour certaines clientèles avec des besoins multiples.

Réduction des inégalités et capacité d'adaptation des services aux clientèles particulières

La réduction des inégalités suppose que les services soient offerts de façon équitable, à tous les individus des populations à desservir, et que les clientèles vulnérables fassent l'objet d'une attention particulière afin que toute personne puisse tendre vers une qualité de vie optimale.

Acceptabilité des communautés culturelles et linguistiques

L'offre de service qui sera mise en place doit prendre en considération les particularités des diverses communautés qui composent la population.

La reconnaissance d'une instance anglophone dans le modèle régional vient affirmer cette volonté de tenir compte des besoins particuliers au plan de la langue.

En matière d'accessibilité, les principales responsabilités des centres de santé énumérées par le Ministère dans son cadre de référence[3] sont :

- *« D'offrir des services et de déployer des interventions de santé publique pour l'ensemble de la population et pour certaines clientèles plus vulnérables, de proposer et de mettre en œuvre le plan d'action local en santé publique;*
- *De rendre disponible une gamme équilibrée de services généraux et spécialisés destinés à l'ensemble de la population, de l'adapter pour en faciliter l'accès aux clientèles particulières et ce, selon les orientations régionales et nationales;*
- *D'accueillir et de diriger les personnes et leurs proches vers les services de santé et les services sociaux pertinents;*
- *D'assurer l'accès aux services et le suivi des listes d'attente. »*

### 5.2.2 La continuité

Par continuité on entend passage sans rupture entre les différents services qui reçoivent la personne. Cela peut impliquer un intervenant, une équipe, une organisation ou encore tout un réseau.

Les problèmes de santé sont complexes et exigent une série d'interventions, et ce, à divers niveaux (première, deuxième et troisième lignes). Selon le principe de hiérarchisation, la réponse au besoin chemine sur un continuum de services par des mécanismes de référence efficaces et bien structurés. C'est par le biais d'ententes de service que ces mécanismes s'établiront entre les parties impliquées.

Le partage de l'information clinique pertinente constitue une condition sine qua non à l'atteinte des objectifs au plan de la continuité. Les mécanismes pour la transmission de l'information devront faire partie des ententes de service à formaliser entre les CSSS et les établissements régionaux.

En matière de continuité, les principales responsabilités conférées par le Ministère aux centres de santé sont[3] :

- *« De prendre en charge, d'accompagner et de soutenir les personnes en vue d'assurer la continuité entre les différents épisodes de soins et d'interventions sociales requis à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux, et ce, plus spécifiquement pour les personnes ayant des besoins particuliers et plus complexes; »*
- *De « définir et mettre en place des mécanismes de référence et des mécanismes de transfert entre les dispensateurs de services; »*
- *D'« instaurer la démarche, » de « mettre en place des mécanismes ou » de « conclure des ententes avec les différents dispensateurs de services, qui préciseront les responsabilités réciproques en vue d'améliorer la continuité des services en fonction des résultats ciblés. »*

### 5.2.3 La qualité

La qualité est considérée ici comme un concept qui englobe toutes les dimensions précédemment définies, puisqu'elle témoigne de l'atteinte des objectifs pour l'ensemble des composantes.

Le cadre de référence ministériel pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux[3] considère plusieurs dimensions de la notion de qualité, soit : la qualité technique, la pertinence, le respect des normes ainsi que les qualités personnelles et relationnelles des intervenants.

Par conséquent, la notion de qualité doit imprégner l'ensemble des actions qui seront ciblées dans le cadre des projets cliniques. Le volet de la pertinence devra notamment constituer la trame de fond de la planification. De plus, un processus continu d'amélioration de la qualité devra faire l'objet d'une planification formelle dans chaque organisation.

Il est important de préciser également que chaque organisation est imputable du service qu'elle offre.

## 6. LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Puisque la démarche mobilise les acteurs à tous les niveaux, il importe de spécifier quelles sont les responsabilités des différents paliers (local, régional, provincial) dans le processus qui mènera au projet clinique.

### 6.1 Le centre de santé et de services sociaux

- Élaborer le projet clinique.
- Solliciter la collaboration des partenaires dans l'exercice à toutes les étapes du processus de l'élaboration jusqu'à l'actualisation.
- Assurer le suivi et la reddition de comptes en ce qui a trait aux projets cliniques.
- Instaurer et actualiser les ententes avec ses partenaires locaux et régionaux (entente de partenariat, entente cadre, entente de service).

### 6.2 Les partenaires locaux

- Partager avec le CSSS, à qui incombe la mise en place des projets cliniques, la responsabilité de la santé et du bien-être de la population du territoire.
- Contribuer de façon majeure à l'actualisation des projets cliniques.

### 6.3 Les établissements régionaux

- Collaborer à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet clinique.
- Préciser leur offre de service sur le plan local.
- Signer les ententes cadres et les ententes de service avec les CSSS.

### 6.4 L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale[3]

- *« Soutenir les centres de santé et de services sociaux dans l'étape d'analyse des besoins notamment par le portrait de la population de leur territoire : la description de son état de santé et de bien-être, ses caractéristiques sociodémographiques, son utilisation des ressources, les résultats des sondages de satisfaction de la population à l'égard des services dispensés;*
- *Animer et coordonner la démarche au plan régional : fixer les résultats attendus, les étapes charnières et le calendrier de réalisation;*
- *S'assurer de la cohérence, de la coordination et de l'équité des projets qui lui sont déposés; à cet égard, l'Agence devra, au besoin, arbitrer les écarts dans les offres de service entre les niveaux local, régional et suprarégional;*
- *S'assurer que les ressources sont mobilisées à leur réalisation. »*
- *Allouer les ressources intrarégionales.*

L'Agence assurera également un rôle d'arbitrage en cas de différends dans le processus du projet clinique.

Afin de s'acquitter de ses responsabilités et d'assurer un arrimage adéquat entre les diverses structures mises en place, l'Agence s'est déjà donnée une structure facilitante en nommant des coordonnateurs pour chacun des projets cliniques.

## 6.5 Le ministère de la Santé et des Services sociaux[3]

- « Établir les orientations et les objectifs du projet.
- Désigner les clientèles prioritaires visées par le projet.
- Définir les standards d'accès et de continuité des services.
- Allouer les ressources régionales et évaluer les résultats. »

## 7. LES ÉTAPES DE RÉALISATION

La démarche proposée pour élaborer le projet clinique est inspirée du matériel déjà préparé par diverses organisations, dont :

- le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- l'Association des hôpitaux du Québec et l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec.

ainsi que des commentaires issus des rencontres avec les acteurs du réseau.

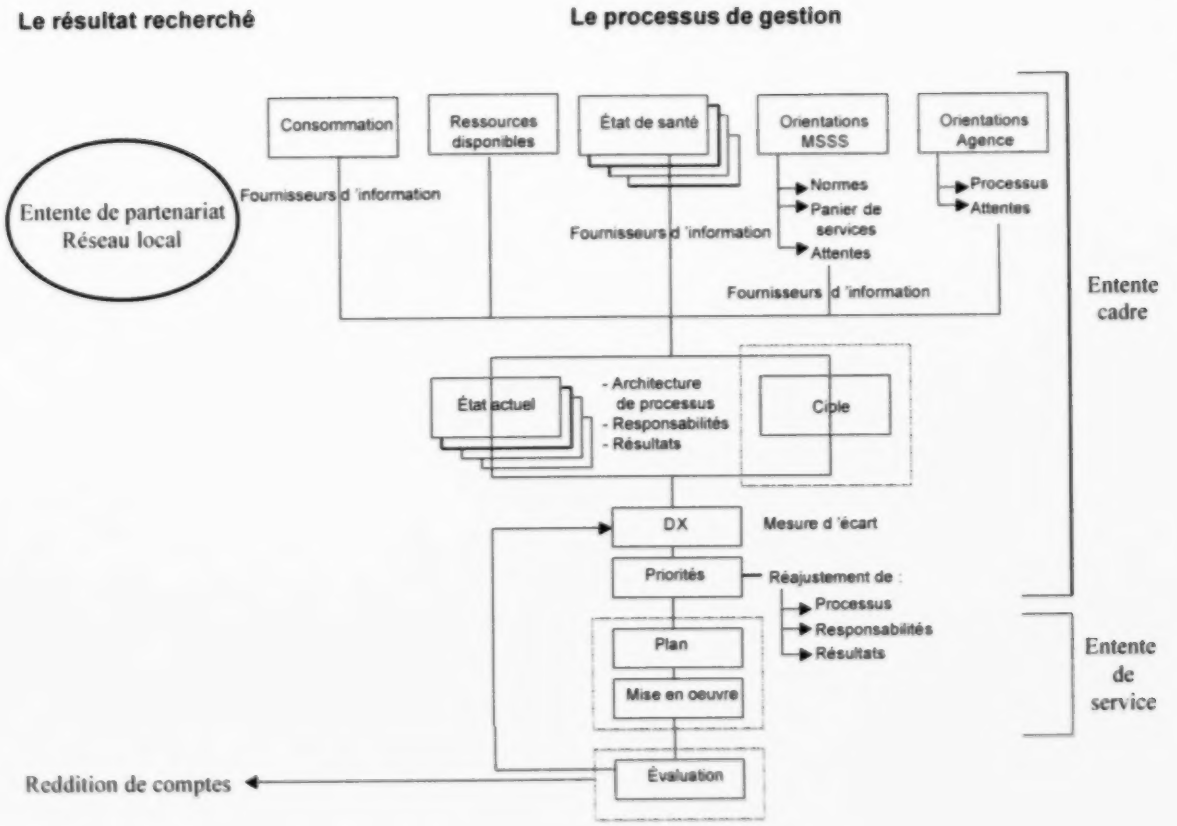
L'objectif premier visé par ce modèle est de permettre aux CSSS d'amorcer rapidement l'exercice en ayant une vision claire des étapes à franchir. Par ailleurs, l'outil proposé assurera une certaine standardisation en ce qui a trait aux travaux menés dans chacun des réseaux locaux tout en offrant une souplesse dans la spécificité des besoins.

Le modèle propose donc une démarche en sept étapes, soit :

Étape 1. État de situation actuel
Étape 2. Cible
Étape 3. Diagnostic et analyse des écarts
Étape 4. Désignation des cibles prioritaires
Étape 5. Plan d'action
Étape 6. Mise en œuvre
Étape 7. Évaluation

Le processus de gestion, illustré à la figure 3, présente la séquence de ces étapes.

# FIGURE 3


Le résultat recherché
Le processus de gestion
Entente de partenariat
Réseau local
Consommation
Ressources disponibles
État de santé
Orientations MSSS
Orientations Agence
Normes
Panier de services
Attentes
Processus
Attentes
Fournisseurs d 'information
Fournisseurs d 'information
Fournisseurs d 'information
Entente cadre
État actuel
- Architecture de processus
- Responsabilités
- Résultats
Cible
DX
Mesure d 'écart
Priorités
Réajustement de :
Processus
Responsabilités
Résultats
Plan
Mise en oeuvre
Évaluation
Entente de service
Reddition de comptes

## 7.1 Étape 1 – État de situation actuel

Chaque CSSS a la responsabilité de la population de son territoire, et c'est notamment par l'actualisation des projets cliniques que cette responsabilité se concrétisera.

### 7.1.1 La définition des caractéristiques et des besoins de la population

L'instance locale devra avoir une connaissance approfondie de la population, de ses caractéristiques socio-économiques et de ses besoins particuliers en santé. Cela présume qu'avant de faire l'état de situation d'une clientèle spécifique, elle procédera à une description de la population générale pour ce qui est de certains indicateurs.

### 7.1.2 Le profil populationnel

Un portrait clair et précis de la population devrait comprendre les données portant sur plusieurs aspects.

- Démographie, géographie, socio-économie (conditions de vie) et ethnoculture[4]

  Exemple :

  - La définition de l'étendue du territoire
  - La densité populationnelle
  - Le découpage territorial
  - La population totale
  - La population par groupes d'âge
  - L'origine ethnique et la langue parlée
  - Le revenu et le niveau d'éducation
  - Le taux de chômage
  - L'état parental
  - La criminalité
  - Le niveau de bien-être

- Épidémiologie et santé publique[4]

  Exemple :

  - Le taux de naissance
  - L'espérance de vie
  - Les causes et le taux de mortalité
  - Le taux de bébés de petits poids à la naissance
  - Le taux de grossesses à l'adolescence
  - Le taux de couverture vaccinale
  - La prévalence de difficultés d'adaptation sociales des jeunes
  - Le taux de suicide chez les jeunes et chez les adultes
  - Le taux de détresse psychologique
  - Les taux de maladies respiratoires et cardiaques

[4] Association des hôpitaux du Québec et Association des CLSC et des CHSLD du Québec. *Implantation des centres de santé et de services sociaux*. Section 8 - *Le projet d'organisation clinique de services*, septembre 2004

- Le taux de cancer
- La limitation d'activités
- Les données d'enquêtes et de surveillance en santé publique

### 7.1.3 L'état de santé de la population

Les indicateurs servant à obtenir un état de santé de la clientèle visée par le projet clinique varieront d'un projet à l'autre; ils devront cependant être exhaustifs pour permettre de bien cerner la situation actuelle et de déterminer les objectifs prioritaires.

L'information recueillie portera notamment sur les principaux indicateurs :

- le taux d'incidence de la maladie ou du problème;
- le taux de prévalence de la maladie ou du problème;

ainsi que sur les problématiques de santé émergentes.

Par ailleurs, les besoins perçus par les intervenants constituent un incontournable; en effet, il s'agit d'une source d'information dont les données sont impossibles à recenser avec les systèmes d'information actuels.

### 7.1.4 La consommation des services

Les données de consommation des services donnent un reflet partiel mais très intéressant de la santé de la population et constituent une base sur laquelle devra reposer l'analyse des écarts à combler dans l'offre de service.

Voici les principales bases de données reconnues pour fournir une grande quantité d'information nécessaire à la démarche de planification :

- Med Echo (données clientèles – soins de courte durée et ambulatoires);
- APR-DRG (données clientèles – soins de courte durée et ambulatoires);
- Données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), Consommation de services médicaux (CONSOM).

Comme on le précise dans le document élaboré par l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) et l'Association des CLSC et CHSLD[4], les données ainsi obtenues permettent de documenter essentiellement la consommation de la population du territoire en services hospitaliers et médicaux.

Plus précisément, les indicateurs visés sont les suivants :

- les épisodes de soins hospitaliers;
- les hospitalisations;
- la durée moyenne des séjours;
- le nombre d'équivalents-lits;
- la consommation en équivalent temps complet en omnipratique et en spécialité;
- l'attraction et la rétention des clientèles.

Cependant, l'accès à ces données se fait toujours avec un retard plus ou moins important; il est donc souvent plus facile d'obtenir de l'information récente, et même parfois en temps réel, à partir du registre maison des établissements.

Pour ce qui est des services de première ligne, le système d'information I-CLSC s'avère la source à privilégier.

### 7.1.5 Les ressources disponibles

L'état des ressources disponibles doit permettre d'apprécier tant le type d'installation du point de vue quantitatif et qualitatif que la gamme d'activités et de services.

Il faut de plus prendre des mesures pour faire connaître à la clientèle visée la porte d'entrée du système et mettre en évidence le continuum dans lequel s'inscrit l'ensemble des services.

Il sera ainsi plus facile de faire des constats précis en ce qui a trait à l'accessibilité et à la continuité.

## 7.2 Étape 2 – Cible

La cible représente la destination. C'est ce qui est reconnu comme étant l'idéal à atteindre en matière d'organisation des services sur un territoire.

La détermination de la cible doit se faire en accord avec les orientations régionales et ministérielles ainsi qu'en tenant compte des approches et des modèles reconnus.

### 7.2.1 Orientations du Ministère et priorités de l'Agence

Ce sont les orientations établies par le Ministère et par l'Agence qui constituent la trame de fond de la démarche.

Plusieurs programmes ont déjà fait l'objet d'une planification rigoureuse et cette démarche exhaustive a donné lieu à un consensus élargi. Le nouvel exercice de planification proposé doit donc nécessairement prendre ses assises sur ces orientations.

Les attentes du Ministère eu égard au panier de services à rendre accessible doivent être respectées. Les normes ayant fait l'objet d'objectifs doivent également être prises en compte dans l'élaboration des objectifs du projet clinique.

Il faut également réaffirmer les mesures déjà préconisées par les plans d'action régionaux. Par ailleurs, la Loi sur la santé publique établit les responsabilités des CSSS en ce qui a trait à l'élaboration et à l'implantation des plans d'actions locaux (PAL) de santé publique; les orientations devront donc, en plus de s'intégrer aux projets cliniques concernés, demeurer une priorité pour les CSSS.

Un inventaire complet des orientations, des politiques et des plans d'action en vigueur concernant le projet clinique permettra d'assurer la cohérence et la continuité des actions déjà entreprises.

### 7.2.2 Les approches et les modèles

Dans son document « *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* » le Ministère donne une description des modèles et approches auxquels les acteurs peuvent se référer au cours de l'élaboration des projets cliniques. Il appert toutefois qu'une combinaison de ces outils est la meilleure façon de répondre à la multiplicité des besoins des clientèles à desservir.

### 7.2.3 La gamme de services

Pour le projet clinique, une description détaillée de la gamme de services complète (promotion-prévention, traitement, réadaptation, soutien en milieu de vie) doit être faite.

## 7.3 Étape 3 – Diagnostic et analyse des écarts

L'étape 2 nous a permis de dresser l'état actuel de la situation tant du point de vue de la santé populationnelle que de l'état des services.

En parallèle, les orientations ministérielles régionales ainsi que les pratiques reconnues dans le domaine nous indiquent l'idéal à atteindre.

À ce stade, nous sommes en mesure de poser un regard critique sur les éléments suivants :

- l'état de santé et de bien-être de la population;
- les écarts entre les besoins actuels et futurs de la population et l'offre actuelle de service du CSSS;
- la conformité avec les orientations ministérielles régionales.

La présente étape consiste donc à faire des constats significatifs au sujet des objectifs du projet clinique (l'accessibilité et la continuité) et à déterminer les causes ou les facteurs sous-jacents. La compréhension de cette étape est cruciale; en effet, il ne s'agit pas ici de dresser la liste complète des activités et services à qui pourraient être ajoutés ou bonifiés mais bien de soulever les éléments qui commandent des mesures particulières et qui auront une portée significative sur les résultats à atteindre.

Pour guider cette analyse, nous proposons à titre indicatif une liste de questions qui peuvent orienter la perspective du diagnostic à établir. Elles sont tirées en grande partie du modèle de l'AHQ et de l'Association des CLSC et CHSLD[4].

### 7.3.1 Au plan de l'accessibilité

- Y a-t-il des services prévus dans la gamme qui ne sont pas disponibles ?
- Est-ce que les services sont suffisamment à proximité de la clientèle ?
- Le potentiel de déconcentration des services spécialisés est-il atteint ?
- Quelles sont les lacunes au plan des mécanismes de référence ?
- Quels sont les mécanismes et critères d'accès déjà fonctionnels ?
- Y a-t-il des ententes de services déjà formalisées ? Si oui, y a-t-il des cibles d'amélioration ?
- La couverture horaire est-elle satisfaisante ?

- Quelles sont les portes d'entrée pour les services à la clientèle ?
  - ✓ Sont-elles formelles ?
  - ✓ Sont-elles connues ?
- Quels sont les délais d'accès à améliorer ?

### 7.3.2 Au plan de la continuité

- Y a-t-il des ruptures ou des délais dans le continuum de services ? Quelles en sont les causes ?
- Y a-t-il des mécanismes de suivi et de référence déjà établis ?
- Les responsabilités réciproques des différents dispensateurs de services sont-elles clairement définies et acceptées ?
- Y a-t-il des moyens qui permettent de communiquer l'information clinique utile à la prise en charge de la clientèle dans tout le continuum ?

## 7.4 Étape 4 – Désignation des cibles prioritaires

Comme il a été dit précédemment, le choix des cibles prioritaires doit se faire de manière à favoriser de façon optimale l'atteinte des résultats en matière d'accessibilité, de continuité et d'intégration des services.

Pour ce faire, le document préparé par l'AHQ et l'Association des CLSC et CHSLD[4] propose quelques critères pouvant appuyer la prise de décisions quant aux choix des cibles.

Ces critères relèvent de deux domaines différents :

1. La responsabilité populationnelle :

   - Concordance avec les priorités du Programme national de santé publique, du plan d'action régional et des plans d'action locaux de santé publique.
   - Prévalence du problème, soit le nombre de personnes affectées par le problème par rapport à la population totale.
   - Gravité du problème : taux de mortalité, de morbidité et d'incapacité ainsi que les coûts associés aux incapacités.

2. L'organisation des services :

   - Concordance avec les orientations nationales et régionales.
   - Faisabilité de l'intervention, considérant l'expertise, la technologie et les ressources disponibles au CSSS, et dans l'ensemble du réseau local de services.
   - Contribution à l'atteinte des résultats en relation avec la reddition de comptes.

## 7.5 Étape 5 – Plan d'action

L'étape du plan d'action est celle où pour chacune des cibles prioritaires, on détermine les mesures concrètes à prendre, les ressources à déployer (humaines, matérielles et financières), les échéanciers de réalisation ainsi que les indicateurs de résultats.

Le plan est l'outil principal qui servira à suivre l'évolution du projet et à rendre compte des résultats.

Il devra également préciser les responsabilités respectives des partenaires impliqués.

## 7.6 Étape 6 – Mise en œuvre

Vient ensuite le début de l'implantation des mesures du plan d'action. Chacun des CSSS devra élaborer sa propre stratégie de mise en œuvre, qui comprendra le processus de communication avec le personnel et la population ainsi que les mécanismes de suivi de l'implantation. Il faut être conscient que la réussite du projet sera tributaire de la mobilisation des intervenants sur le terrain. Une attention particulière doit donc être portée à cet aspect.

La formation des gestionnaires et des intervenants impliqués dans l'actualisation des projets cliniques constitue un autre facteur de succès important. Cette formation doit porter à la fois sur le contenu et sur le processus (gestion de projet).

À cet effet, l'Agence apportera un soutien précieux pour ce qui est de la détermination des besoins de formation et du développement des compétences.

## 7.7 Étape 7 – Évaluation

Pour l'évaluation, il s'agira de jeter un regard critique sur l'atteinte des objectifs tant pour l'implantation (processus) que pour les résultats (impact). Ces deux composantes feront l'objet d'une reddition de comptes qui sera à déterminer en cours de projet.

### 7.7.1 L'évaluation du processus

Pour évaluer le processus, on compare le déroulement de l'implantation avec le plan d'action. Cette opération permet d'apprécier l'atteinte des objectifs, notamment en ce qui a trait aux moyens (ressources humaines, matérielles et financières) et aux échéanciers fixés pour la réalisation des activités.

### 7.7.2 L'évaluation des résultats

L'évaluation des résultats doit porter sur les indicateurs choisis dans le plan d'action pour chacune des cibles prioritaires. Facilement mesurables et observables, ces variables doivent pouvoir faire l'objet d'un suivi systématique.

## 8. LES ENTENTES RELATIVES AUX PROJETS CLINIQUES

La mise en œuvre des projets cliniques dans chaque territoire s'appuie sur un engagement formel des partenaires qui transcende les acteurs en place dans le temps. C'est dans ce contexte que trois types d'entente baliseront la réalisation des projets cliniques :

- l'entente de partenariat;
- l'entente cadre;
- l'entente de service.

### 8.1 L'entente de partenariat

L'entente de partenariat vise les acteurs du réseau local. La loi confère au CSSS le mandat de coordonner le réseau local. L'entente de partenariat sert donc à établir, avec les membres du réseau local, un cadre de relation permettant au CSSS de parler au nom du réseau local au cours des différentes étapes de réalisation des projets cliniques.

Voici les différents aspects sur lesquels portera l'engagement des partenaires à l'échelle locale :

- le leadership du CSSS comme coordonnateur du réseau local;
- les valeurs en matière de santé et de bien-être;
- les valeurs soutenant le partenariat;
- les mécanismes formels de consultation;
- les mécanismes formels de concertation;
- les mécanismes de communication;
- les mécanismes de suivi de l'entente.

### 8.2 L'entente cadre

L'entente cadre implique, d'une part, les établissements régionaux et, d'autre part, le CSSS comme représentant du réseau local en vue d'implanter un projet clinique sur le territoire du CSSS. Elle consacre l'adhésion des partenaires à l'atteinte des objectifs généraux d'un projet clinique spécifique.

Voici les différentes sections contenues dans cette entente :

- les objectifs poursuivis;
- les principes de base;
- l'engagement des partenaires :
  - ✓ offre de service à l'intention de la population locale;
  - ✓ responsabilités conjointes;
  - ✓ responsabilités particulières;
  - ✓ actions de déconcentration et/ou de transfert de responsabilités;
  - ✓ modalités d'accès, de continuité et de coordination des services;
  - ✓ dispositions relatives à l'échange d'information clinique pertinente;
- les modalités de gestion et de suivi de l'entente;
- le mécanisme de conciliation et d'arbitrage.

## 8.3 L'entente de service

L'entente de service a comme finalité de garantir à la population d'un territoire l'accès aux services spécialisés et surspécialisés.

Une entente de service spécifique s'appuie sur l'entente cadre concernant la réalisation d'un projet clinique particulier. Le CSSS signe ce type d'entente avec un partenaire dans le but de préciser les engagements respectifs qui permettront d'actualiser les modalités retenues dans le projet clinique. Il s'agit, entre autres, des mécanismes d'accès et de continuité de services dont la transmission de l'information et le mode de coordination. Le CSSS devra établir ses priorités avec ses partenaires et s'engager avec eux dans un processus évolutif.

Puisque le contenu d'une entente spécifique est appelé à varier considérablement selon la clientèle visée et les partenaires signataires, la forme de cette alliance se précisera au gré des travaux sur les projets cliniques et de l'expérience des réseaux locaux.

Ce type d'entente devra minimalement contenir les éléments suivants :

- l'objet de l'entente;
- l'engagement des parties à l'entente :
  - ✓ partage des responsabilités en ce qui a trait aux services;
  - ✓ indicateurs de résultats;
  - ✓ mécanismes d'accès;
  - ✓ mécanismes de continuité;
  - ✓ affectation des ressources humaines, matérielles et financières;
- les modalités de soutien et de gestion de l'entente;
- les dispositions particulières de l'entente.

# 9. LA STRUCTURE DE GESTION ET DE SUIVI DU PROJET CLINIQUE

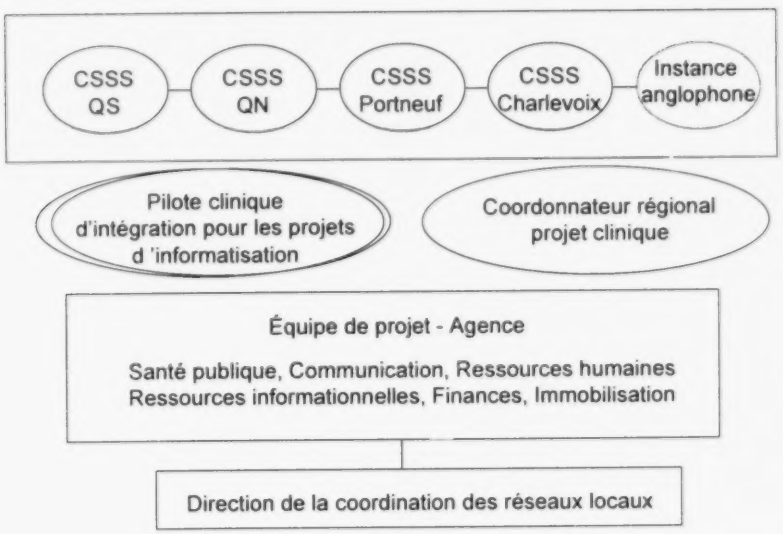
L'élaboration et la mise en œuvre du projet clinique n'est pas une activité courante considérant :

- l'envergure sans précédent au plan de la mobilisation des acteurs;
- la présence d'un environnement complexe composé de plusieurs partenaires (privés, publics et multisectoriels);
- les échéanciers serrés à respecter;
- les budgets limités.

Le fait que plusieurs projets cheminent en même temps constitue également un facteur qui milite en faveur d'une structure de gestion de projet.

## 9.1 La structure de projet à l'Agence

Afin d'assumer pleinement son rôle de soutien et d'accompagnement des CSSS, l'Agence s'est donnée une structure de gestion de projet (voir ci-dessous).



On a nommé un coordonnateur régional de projet pour chacun des projets cliniques. Le directeur demeure cependant le premier responsable des orientations des projets cliniques et de la supervision des travaux de leurs chargés de projet respectifs.

Afin de mettre en place une équipe de projet autour du coordonnateur de projet, chacune des directions concernées nomme un contributeur pour les volets suivants :

- Santé publique
- Ressources humaines
- Communication
- Ressources informationnelles
- Finances
- Immobilisation

Les coordonnateurs de projet seront invités à déposer leur planification et à faire part de l'évolution des travaux au comité de direction de l'Agence.

Par ailleurs, une personne a été nommée pour assumer le rôle de « pilote clinique d'intégration pour les projets d'informatisation ».

Le mandat de cette personne est le suivant :

- soutenir le coordonnateur de projet clinique dans la démarche d'informatisation des réseaux locaux de services (analyse de besoins, revue des processus);
- présenter aux coordonnateurs de projets cliniques l'état de situation des différents projets d'informatisation;
- présenter aux coordonnateurs de projets cliniques les solutions informatiques;
- assister les comités de chacun des projets cliniques dans la démarche d'informatisation;
- faire le lien entre le volet clinique et le volet informatique.

## 9.2 La structure locale de projet

Le CSSS a nommé un chargé de projet pour chacun des projets cliniques. Il appartient au coordonnateur de projet de l'Agence d'animer les travaux de coordination avec les chargés de projets locaux, qui sont eux-mêmes responsables de la planification locale des activités de réalisation du projet clinique, de la reddition de comptes quant à l'état d'avancement et de la coordination des équipes locales de projet.

Pour la réalisation des travaux sur chacun des territoires locaux, les CSSS devront solliciter leurs partenaires locaux afin de constituer leurs équipes de projet. Tous les acteurs du projet clinique devront être représentés au sein de l'équipe locale de projet et cette représentation devra être légitimée par l'instance ou le groupe officiel qui les délègue. Ainsi, chaque membre de l'équipe de projet n'est pas seulement issu de son groupe mais il en est aussi le représentant.

La participation des médecins à la planification et à la mise en œuvre des projets cliniques présente un défi particulier.

On compte dans la région près de 900 omnipraticiens et autant de spécialistes.

Pour ce qui est des omnipraticiens, le Département régional de médecine générale (DRMG) constitue l'instance officielle qui regroupe l'ensemble des membres de la région. Il remplit son rôle par le biais d'un comité de direction composé de membres élus et cooptés. Par ailleurs, le DRMG s'est donné une structure adaptée afin d'assurer un rayonnement local dans l'accomplissement de ses fonctions. Des tables territoriales ont été créées sur chacun des territoires selon l'ancien découpage géographique des CLSC.

Ces équipes territoriales demeurent le lieu privilégié pour la planification des projets cliniques.

Par ailleurs, pour toute participation aux travaux concernant le projet clinique, le médecin omnipraticien sera délégué par le DRMG.

En ce qui a trait aux médecins spécialistes, il n'existe pas de structure équivalente à l'échelle régionale. Il sera donc primordial de prévoir des mécanismes formels de contribution du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) et de la Commission médicale régionale (CMR) afin d'assurer une bonne représentation des médecins spécialistes au sein des projets cliniques.

Bien qu'ils ne fassent pas partie du réseau local, les établissements régionaux devront participer activement aux travaux avec l'équipe de projet. Leur implication sera modulée en fonction des responsabilités qu'ils auront à assumer dans la mise en œuvre du projet clinique.

## 9.3 La communication et le suivi des projets cliniques

La communication demeure un incontournable dans cette démarche d'envergure qui mobilise tous les acteurs du réseau.

Elle doit s'instaurer dès le départ en faisant connaître les objectifs, les étapes ainsi que les résultats attendus.

L'information doit être diffusée non seulement aux personnes impliquées directement dans le projet mais à tous les membres des organisations ainsi qu'à la population du territoire visé.

Un plan de communication sera déployé à l'échelle régionale comme à l'échelle locale.

Par ailleurs, des mécanismes de suivi formels seront établis localement et régionalement afin de surveiller l'évolution des travaux et d'en rendre compte.

Dans le but de soutenir l'ensemble des travaux en ce qui a trait à chacun des projets cliniques, l'Agence mettra à la disposition des chargés de projets locaux et des membres des équipes de projets locaux une communauté de pratique virtuelle animée par le coordonnateur de projet régional. Ces communautés de pratique auront pour objectifs de :

- partager une même documentation;
- participer à une foire aux questions à la fois sur les contenus et les processus;
- mettre en lien des travaux conjoints;
- partager les réalisations de chacun;
- faire émerger des besoins communs d'appui aux différents travaux et y trouver des réponses.

## 10. CONCLUSION

La planification des projets cliniques est une étape qui mobilisera tout le réseau en vue d'un objectif commun, celui d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services pour toute la population d'un territoire. Le CSSS, en tant qu'instance locale, aura à assumer un rôle de premier plan pour mener à bien cette opération. À la fois auteur et chef d'orchestre de cette mission, il aura à solliciter de nombreux partenaires pour réaliser le projet.

Le partenariat n'aura jamais pris une telle importance dans la planification des services à la population, en raison de la complexité des problématiques de santé et de questions sociales qui interpellent plusieurs acteurs, il devient indispensable. Cela implique que chacun reconnaît bien sa propre contribution dans l'offre de service et que les liens sont formalisés par les ententes prévues en cours de processus (entente de partenariat, entente cadre, entente de service).

Les notions d'accessibilité, de continuité et de qualité constitueront la trame de fond de la planification qui s'amorcera pour chacun des projets cliniques. Il a été documenté que ces objectifs auraient un effet positif sur la finalité visée.

Comme c'est le cas dans tout processus de changement, la composante humaine est sans doute celle qui nécessite le plus d'attention. Les femmes et les hommes qui composent les groupes d'intervenants et de gestionnaires des projets cliniques n'en sont pas à leur premier virage dans le réseau de la santé. Certains sont fatigués ou démotivés; d'autres demeurent sceptiques quant à ce qui serait différent cette fois-ci. Il faut donc informer, motiver et offrir le soutien nécessaire à tous ceux et celles qui auront à contribuer de près ou de loin à ce grand projet.

# RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES


AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE. Le modèle régional d'organisation de services de santé et de services sociaux. *Un défi de proximité, d'accessibilité et de continuité*. Recommandation au ministre de la Santé et des Services sociaux, avril 2004.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES. *Cadre de référence pour la mise en place des projets cliniques et organisationnels*. Document de travail, septembre 2004.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU BAS SAINT-LAURENT. Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux au Bas Saint-Laurent. *Guide pour supporter la mise en place de projets cliniques orientés vers l'amélioration de l'état de santé de la population*, juin 2004.

ASSEMBLÉE NATIONALE. *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Projet de loi n°25, 2003.

ASSEMBLÉE NATIONALE. *Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres des positions législatives*. Projet de loi n°83, 2004.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC ET ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC. *Implantation des centres de santé et de services sociaux – Section 8, Le projet d'organisation clinique de services*, septembre 2004.

BOELEN, Charles. *Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. L'intégration des services de santé et des services sociaux. *Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, février 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Projet clinique : *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Document principal, octobre 2004.

*Agence*
*de développement*
*de réseaux locaux*
*de services de santé*
*et de services sociaux*

Québec Capitale nationale

555, boul. Wilfrid-Hamel Est
Québec (Québec) G1M 3X7
Téléphone : (418) 525-1500
Télécopieur : (418) 529-4463
www.rrsss03.gouv.qc.ca